

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدیران مجموعه های ورزشی

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :					
۱- مشخصات متقاضی :					
نام و نام خانوادگی متقاضی: ۱/۲-			نام مجموعه ورزشی : ۱/۱-		
تاریخ تاسیس یا شروع فعالیت : ۱/۴-			کد ملی / شناسه ملی : ۱/۳-		
در صورتی که مجموعه ورزشی به صورت اجاره واگذار گردیده : نام مستاجر : ۱/۵-					
نشانی متقاضی : ۱/۶-					
تلفن ثابت :		دور نگار :		کدپستی :	
۲- مشخصات مجموعه ورزشی :					
نشانی مجموعه ورزشی : ۲/۱-					
تلفن ثابت :		دور نگار :		کدپستی :	
۲/۲- نوع مالکیت مجموعه : <input type="checkbox"/> ملکی <input type="checkbox"/> استیجاری					
۲/۳- استفاده کنندگان از مجموعه ورزشی : <input type="checkbox"/> فقط آقایان <input type="checkbox"/> فقط بانوان <input type="checkbox"/> بانوان و آقایان					
۲/۴- گروههای سنی استفاده کنندگان از مجموعه ورزشی : <input type="checkbox"/> بزرگسالان <input type="checkbox"/> جوانان <input type="checkbox"/> نوجوانان <input type="checkbox"/> کودکان					
۲/۵- نحوه استفاده از مجموعه : به صورت آزاد و فروش بلیط <input type="checkbox"/> مخصوص کارکنان یک سازمان <input type="checkbox"/> عضویت دوره ای <input type="checkbox"/> آموزش دوره ای <input type="checkbox"/>					
۲/۶- تعداد استفاده کنندگان از مجموعه در هر نوبت : نفر ورزشکاران / نفر مربیان					
۲/۷- ظرفیت استفاده کنندگان از مجموعه در هر روز : نفر ورزشکاران / نفر مربیان					
۲/۸- مسئولیت خود را برای جبران خسارات احتمالی وارد به چه اشخاصی بیمه می نمائید ؟ ورزشکاران <input type="checkbox"/> تماشاچیان <input type="checkbox"/> مربیان <input type="checkbox"/>					
۲/۹- در صورتیکه متقاضی خواهان تحت پوشش بودن تماشاچیان نیز می باشد حداکثر ظرفیت تماشاچیان ذکر گردد : نفر					
۲/۱۰- نحوه پرداخت خسارت : <input type="checkbox"/> با رای مراجع قضائی <input type="checkbox"/> بدون رای مراجع قضائی					
۲/۱۱- مشخصات رشته های ورزشی :					
نام رشته ورزشی	تعداد نوبت (در هر روز)	مدت زمان (هر نوبت)	حداکثر تعداد ورزشکاران (در هر روز)	حداکثر ظرفیت ورزشکاران (در هر سانس)	حداکثر ظرفیت تماشاگران



بیمه کارآفرین

۲/۱۲- آیا کلیه رشته های ورزشی ذکر شده در بند ۲/۱۱ در یک سالن برگزار می گردد؟ بله خیر
در صورت منفی بودن پاسخ تعداد سالن ها ذکر گردد.....

۲/۱۳- امکانات پزشکی وجود در سالن ورزشی را شرح دهید؟

۳- سوابق بیمه ای

۳/۱- آیا تا کنون نزد شرکت بیمه دیگری دارای بیمه نامه بوده اید؟ در صورت پاسخ مثبت شرح دهید.

۳/۲- لطفاً حوادثی را که در دو سال گذشته موجب فوت، نقص عضو و یا مصدومیت استفاده کنندگان در آن مجموعه ورزشی شده است را در جدول زیر درج نمائید.

نوع حادثه	تعداد	علت حادثه	مسئول وقوع حادثه	مبالغ پرداخت شده

۴- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست

ریال	۴/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
ریال	۴/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
ریال	۴/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
ریال	۴/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
ریال	۴/۵- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه

۴/۶- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

نام و امضای متقاضی :

تاریخ :